

УДК 617-089:616.33:617.55:616-06

РЕЛАПАРОТОМИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ*А.В. Косенко, Н.Н. Торотадзе**Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского*

Реферат. Больные с патологией желудка и ДПК составляют наиболее многочисленную группу в структуре релапаротомий—31,9% . На основании комплексного анализа причин развития методов диагностики и хирургического лечения послеоперационных внутрибрюшных осложнений улучшить непосредственные результаты плановых и экстренных оперативных вмешательств на желудке и ДПК. Проведен анализ лечения 153 пациентов, оперированных на желудке в отделении хирургии КРУ “КБ им Н.А.Семашко” г Симферополь с января 2006 по декабрь 2008 года.

Ключевые слова: желудок, операции, осложнения, релапаротомия.

Достижения современной хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) способствовали не только значительному росту количества оперативных вмешательств, расширению их диапазона, объема и улучшению их результатов, но и, возрастанию числа случаев ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений, требующих для лечения релапаротомии (РЛ).

Частота осложнений операций на органах брюшной полости, приводящих к РЛ, достигает 4,17% [4, 5, 7]. Больные с заболеваниями желудка и ДПК составляют наиболее многочисленную группу в структуре релапаротомий—31,9 % [7], после резекции желудка РЛ выполняют от 4,2% до 16,7% [1, 4, 6].

Летальность после оперативных вмешательств при осложненных формах язвенной болезни желудка и ДПК составляет 2,7-17,0% [1, 2], варьирует от 7,1 до 14,4% после гастрэктомии при раке желудка [3], возрастает до 10,6-46,6% при хирургическом лечении поврежденный ДПК [6, 9]. Достаточно высокая летальность при операциях на желудке и ДПК во многом обусловлена развитием внутрибрюшных осложнений в раннем послеоперационном периоде. При этом необходимость в релапаротомии может возникнуть после любого, даже технически безупречно выполненного оперативного вмешательства [6, 8].

Трудности диагностики послеоперационных осложнений и определения показаний к релапаротомии связаны с успехами интенсивной терапии. Парадокс заключается в том, что резко меняется клиническая картина течения осложнения, затушевываются острые явления, стираются привычные признаки катастрофы в брюшной полости и нивелируются возникаю-

щие сдвиги в гомеостазе [6, 8]. Поэтому стандартные методы диагностики (лабораторные, рентгенологические и др.) не всегда позволяют определять развитие осложнения у послеоперационного больного и в 20,8-29,7% наблюдений внутрибрюшные осложнения остаются не выявленными [5, 9]. Ряд авторов предлагают активнее использовать методику послеоперационной лапароскопии для диагностики и лечения интраабдоминальных осложнений [1, 9], что в свою очередь помогает преодолеть психологический барьер, связанный с определением показаний к релапаротомии [4].

Таким образом, своевременная диагностика и рациональная лечебная тактика при осложнениях, возникающих после операций на желудке и ДПК, равно как их предупреждение, остается труднейшей задачей клинической хирургии.

Цель работы

На основании обоснованного применения релапаротомии в лечении послеоперационных внутрибрюшных осложнений улучшить непосредственные результаты оперативных вмешательств на желудке и ДПК.

Материал и методы

Проведен анализ лечения 153 пациентов с патологией желудка и ДПК, оперированных в отделении хирургии Крымского республиканского учреждения “Клиническая больница им. Н.А.Семашко”, являющегося базой кафедры хирургии № 1 Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского с января 2006 по декабрь 2008 г. Из них женщин было – 57 (37 %), мужчин—96 (63%). Возраст больных – от 16 до 86 лет (средний возраст – 54,8±2,3 года).

Распределение больных по нозологии представлено в таблице 1.

Осложнения основного заболевания были у 151 больного. Распределение больных с осложнениями представлено в таблице 2.

Сопутствующие заболевания имелись у 96,4 % больных (в основном это была хроническая сердечная, легочная, печеночная и почечная патология, сахарный диабет) – таблица 3.

Чаще всего встречался микст заболеваний.

Всем больным были выполнены операции на желудке, характер которых представлен в таблице 4.

Первичные экстренные операции на же-

Таблица 1

Распределение больных по нозологии

№ п/п	Нозология	Кол-во оперированных больных	
		Абс., чел.	%
1	Язвенная болезнь желудка	20	13,07
2	Язвенная болезнь ДПК	46	30,06
3	Рак желудка	55	35,95
4	БОЖ	11	7,19
5	Доброкачественная опухоль желудка	17	11,12
6	Другая патология	4	2,61

Таблица 2

Распределение больных с осложнениями основного заболевания, перенесших операцию на желудке

№ п/п	Осложнения основного заболевания	Кол-во оперированных больных	
		Абс., чел.	%
1	Субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка	43	28,10
2	Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка	38	24,84
3	Кровотечение	30	19,61
4	Перфорация	19	12,42
5	Перитонит	21	13,72
6	Без осложнений	2	1,31

Таблица 3

Распределение больных по характеру сопутствующей патологии

№ п/п	Сопутствующая патология	Частота встречаемости (%)
1	ИБС, гипертоническая болезнь	83,2
2	Эмфизема легких, пневмосклероз, хронический бронхит	22,8
3	Хронический панкреатит, хронический холецистит	12,3
4	Мочекаменная болезнь, хронический пиелонифрит	7,5
5	Варикозная болезнь	15,2
6	Сахарный диабет	2,5

лудке выполнены у 75 (49,02%) больных. Показаниями к экстренным операциям являлись осложненные формы язвенной болезни желудка и ДПК: кровотечения – 27 (17,65%), перфорации – 23 (15,03%), распадающиеся опухоли желудка, перитонит – 25 (16,34%). Плановые операции на желудке выполнены у 78 (50,98%) пациентов. Показаниями к этим операциям были суб- и декомпенсированные стенозы язвенной и раковой этиологии, а также другая патология желудка.

В раннем послеоперационном периоде у 25

(16,33%) пациентов развились осложнения, потребовавшие повторных оперативных вмешательств. При этом осложнений, возникших после операций по поводу язвенной болезни желудка или ДПК, было 18 (11,76%), а после операций по поводу рака – 12 (7,84%). Следует отметить, что в группе больных, оперированных по поводу рака, в 7 случаях осложнения были после операций, выполненных в экстренном порядке (4,58%) и в 5 случаях – после плановых операций (3,27%).

У оперированных по поводу язвенной бо-

Таблиця 4

Распределение больных по характеру выполненных оперативных вмешательств

№ п/п	Название операции	Кол-во оперированных больных	
		Абс., чел.	%
1	Гастрэктомия	16	10,45
2	Субтотальная резекция желудка	40	26,14
3	Классическая и экономная резекция желудка	56	36,62
4	СПВ	37	24,18
5	Ушивание перфоративной язвы желудка по Опеллю-Поликарпову	4	2,61

лезни в 8 случаях были осложнения после экстренных операций (5,23%) и в 17 – после плановых (11,11%).

Умерших больных было 6 (3,92%): оперированных по поводу рака – 2 (1,31%), оба оперированы в экстренном порядке; среди оперированных по поводу осложненной формы язвенной болезни желудка и ДПК, умерло 4 (2,61%), тоже после экстренных операций. Летальности после плановых операций не было.

При подтверждении диагноза внутрибрюшного осложнения показания к релапаротомии определяли консилиумом. Интраоперационно проводили профилактику гнойно-септических осложнений антибактериальными препаратами широкого спектра действия. Обязательными этапами релапаротомии являлись тщательная ревизия, санация и дренирование брюшной полости, назогастральная декомпрессия желудка или его культы, назоэнтеральная интубация тонкой кишки для осуществления раннего интестинального питания. На основном этапе релапаротомии (устранении источника внутрибрюшного осложнения и профилактике его рецидива), стремились выполнять радикальные оперативные вмешательства.

Статистическую обработку данных проводили с использованием компьютерных программ, достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

К послеоперационному перитониту (ПП) отнесены все случаи перитонита: после плановых операций, после экстренных оперативных вмешательств (возникшего или прогрессирующего). ПП встречался у оперированных по поводу рака в 3 случаях (1,96%), и у больных, оперированных по поводу осложненной язвы в 7 (4,57%) случаях. Во всех наблюдениях был разлитой перитонит. Основным источником ПП явилась несостоятельность швов анастомозов или ушитой перфоративной язвы.

ПП, чаще всего, развивался на 3-5 сутки послеоперационного периода. Ограниченные возможности малоинвазивных методов иссле-

дования приводили к поздней диагностике, что в 2 случаях (1,31%) привело к летальному исходу.

Основным методом лечения ПП являлась релапаротомия. Повторные операции выполнены в течении 2 часов с момента диагностики осложнения.

Релапаротомии при панкреатогенном перитоните (2 случая) осуществляли при неэффективности лапароскопического дренирования. Если источником послеоперационного перитонита была несостоятельность швов (6 наблюдений), то объем оперативного вмешательства зависел от размера дефекта, стадии и распространенности перитонита, а также тяжести состояния больного. Летальных исходов не было. Послеоперационные гастродуоденальные кровотечения (ПГДК), потребовавшие выполнения релапаротомий, были диагностированы у 4 больных: у 2 пациентов гастродуоденальные кровотечения и у 2 – внутрибрюшные, что привело в 1 случае к летальному исходу.

Показаниями к выполнению релапаротомии являлись: продолжающееся кровотечение на момент выполнения ФГДС и остановившееся кровотечение с эндоскопическими признаками неустойчивого гемостаза. Релапаротомии выполняли в сроки от 40 мин до 2 часов с момента подтверждения диагноза, что определялось продолжительностью предоперационной подготовки. Объем оперативного вмешательства зависел от источника кровотечения, характера первичной операции и тяжести состояния больного. Послеоперационная кишечная непроходимость (ПКН), потребовавшая выполнения релапаротомий, была диагностирована у 8 (5,23%) пациентов. Осложнение развивалось практически с одинаковой частотой после плановых и экстренных операций. Этиологическими факторами ПКН являлись: спаечная болезнь и этиологические факторы, специфичные для оперативных вмешательств на желудке и ДПК. ПКН выявляли на 5-13 сутки послеоперационного периода, ле-

тальных исходов не было. Показания к релапаротомии при ПКН определяли в зависимости от локализации препятствия и предполагаемого генеза осложнения.

Абсцессы брюшной полости (АБП) были диагностированы у 4 больных: поддиафрагмальные абсцессы – у 2 больных, подпеченочной локализации, также, – у 2. Эти осложнения чаще развивались после экстренных операций, выполненных на фоне разлитого перитонита. Возможными причинами развития абсцессов брюшной полости являлись тактические или технические ошибки, допущенные при выполнении первичных оперативных вмешательств: неадекватная санация и дренирование брюшной полости, отсутствие интраоперационной антибиотикопрофилактики гнойно-септических осложнений, недостаточный гемостаз.

АБП были выявлены на 12-17 сутки послеоперационного периода. Клиническая картина осложнения определялась интоксикационным синдромом и местными признаками осложнения, зависевшими от локализации абсцесса. Основным этапом лечения АБП являлось оперативное вмешательство. Вскрытие гнойников осуществляли из внебрюшинных доступов или лапароскопически. Полость абсцесса санировали раствором хлорексидина и дренировали двухпросветными ПХВ дренажами. В послеоперационном периоде в полость абсцесса вводили антибактериальные препараты (в зависимости от чувствительности микрофлоры) и осуществляли активное проточно-промывное дренирование его полости. Летальных исходов при лечении абсцессов не было.

З а к л ю ч е н и е

Все операции должны выполняться на фоне антибактериальной профилактики гнойно-септической инфекции. Магистральные сосуды надо тщательно перевязывать с использованием провизорных лигатур. Обязательным этапом операции должна быть назогастральная декомпрессия желудка или его культы и трансназальная интубация ДПК или тощей кишки дистальнее зоны оперативного вмешательства. На завершающем этапе операции брюшную полость необходимо тщательно санировать и дренировать с использованием двухпросветных ПХВ дренажей. Перед ушиванием раны передней брюшной стенки осуществлять контроль гемостаза с обязательным осмотром зоны оперативного вмешательства, левого поддиафрагмального пространства, селезенки и париетальной брюшины в области дренажных каналов. В послеоперационном периоде рекомендуется проводить профилактику образования острых язв, по показаниям – профилактику панкреатита с использованием синтетических аналогов соматостатина.

РЕЛАПАРОТОМІЇ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ШЛУНКУ

О.В. Косенко, Н.Н. Торотадзе

Реферат. Хворі з патологією шлунку та ДПК складають найбільш багаточисельну групу у структурі релапаротомій- 31,9%. На підґрунті комплексного аналізу причин розвитку методів діагностики і хірургічного лікування післяопераційних внутрічеревні ускладнень покращення безпосередніх підсумків планових на невідкладних втручань на шлунку та ДПК. Проведено аналіз лікування 153 пацієнтів, оперованих на шлунку у відділенні хірургії КРУ „КЛ ім. М.О. Семашка” м. Сімферополь з січня 2006 по грудень 2008 року.

Ключові слова: шлунок, операція на шлунку, ускладнення, релапаротомія.

RELAPAROTOMY AFTER OPERATION ON STOMACH

A.V. Kosenko, N.N. Torotadze

Abstract. The patients with the ulcers of the stomach and duodenum make the biggest group relaparotomy – 31,9%. Based on the complex analysis of the cases of the methods of development of diagnostics and surgical treatment of postoperative abdominal complications it is necessary to improve the results of the planned and urgent operations on the stomach and duodenum. The analysis of treatment of 153 patients, being operated on the stomach in the department of surgery of the CRD “CH under N.A. Semashko” Simferopol city from January 2006 up to December 2008, was performed.

Key words: stomach, operation, complication, relaparotomy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Смирнов А.Д. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни// Хирургия.-2004.-№3.-С.90-93.
2. Веронский Г.И., Вискунов В.Г. Острый панкреатит после операции на желудке// Хирургия.-1993.- №7.- С.17-21.
3. Гурин Н.Н., Лагунов В.К. О расширении показаний к оперативному лечению язвенной болезни желудка // Вестник хирургии.-1999.- №1.- С.18-19.
4. Жебровский В.В. Осложнения в хирургии живота // М.: МИА.- 2006.- 445с.
5. Зюбрицкий Н.М., Семко А.М. Об осложнениях послеоперационных внутрибрюшинных абсцессов // Клин. хирургия.-1996.- №1.-С. 18-20.
6. Комахидзе М.Э. Хомерики Г.В., Какошвили Г.А. Ранняя релапаротомия// Тбилиси, 1981.-210 с.
7. Петров В.П., Кузнецов И.В., Домникова А.А. Интубация тонкой кишки при лечении больных с перитонитом и кишечной непроходимостью // Хирургия.-1999.- №5.-С. 41-44.
8. Поляков И.А. Причины возникновения и основные принципы лечения гнойно-септических осложнений после операций на органах брюшной полости. В кн. «Проблемы внутрибольничных инфекций» М.: Медицина, 2003.-С.19-25.
9. Репин В.Н. Хирургическое лечение язвенной болезни при артериомезентериальной компрессии ДПК // Хирургия.-2005.-№1.-С.33-37.